

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

471

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Mojsze-Mordochaj KOMAROWSKI

né le 25 décembre 1905, à Varsovie.

Contribution à l'étude
de la
Dermo-épidermite pustuleuse miliaire

Président : M. GOUGEROT, *Professeur.*

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Mojsze-Mordochaj KOMAROWSKI

né le 25 décembre 1905, à Varsovie.

Contribution à l'étude
de la
Dermo-épidermite pustuleuse miliaire

Président : M. GOUGEROT, *Professeur.*

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1933

LE DOYEN V. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale. N...	N...
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	{ CARNOT.
Clinique médicale	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- céphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	{ LEMIERRE.
	{ LENORMANT.
Clinique chirurgicale	{ CUNÉO.
	{ GRÉGOIRE.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	{ COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	{ MATHIEU.
	{ MAUCLAIRE.
Professeur sans chaire	{ MULON.
	{ VERNE

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiâ- trie.	CHABROL Pathologie médicale.
AUBERTIN Pathologie médicale.	CHAILLEY.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	BERT Physiologie.
BROCC Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER . Pathologie médicale.
BRULÉ Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BUSQUET Pharmacologie.	DONZELOT ... Pathologie médicale
CADENAT Pathologie chirurgicale.	ECALLE Obstétrique.
CATHALA Pathologie médicale.	FEY Urologie.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.

GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER ...	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART	
D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri) ..	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie chirurgicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.

MM.

MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils ..	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIÈRE	Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY.	
RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE ...	Parasitologie.
REITTERER	Physique.
ZIMMERN	Histologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER..	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.

MM.

PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire. Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

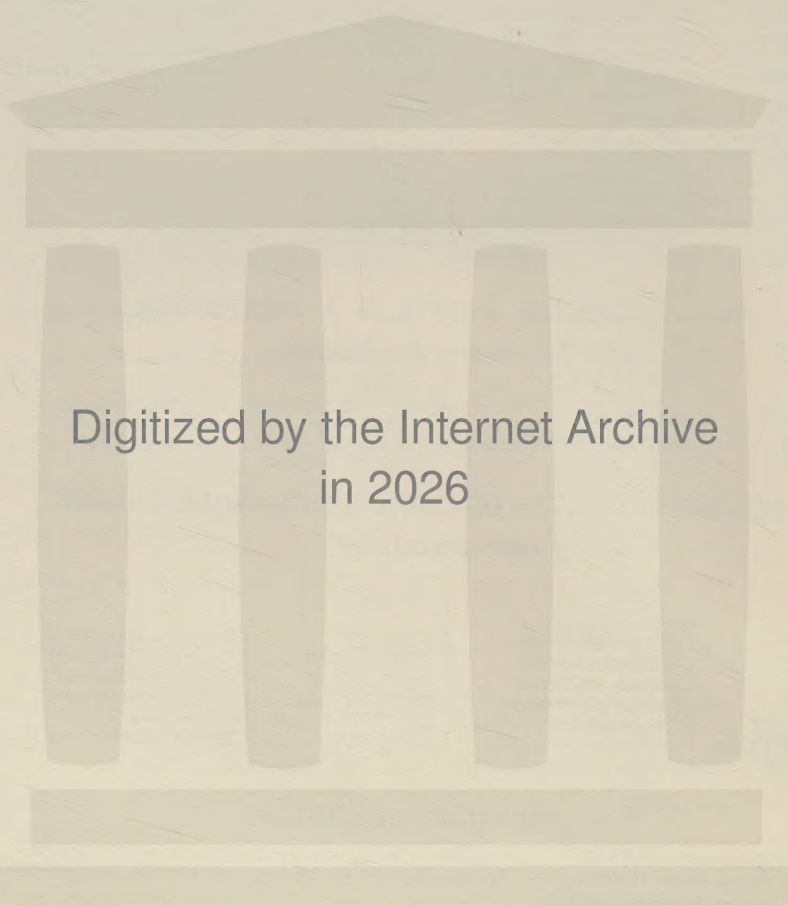
FREY : Stomatologie.

CHAILLEY-BERT, agrégé : Education physique.

LEDOUX-LEBARD : Radiologie clinique.

WEILL-HALLÉ : Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE ET A MA MERE

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRERE

A MON FRERE ET A MA BELLE-SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. GOUGEROT
Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques.
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

A qui nous exprimons notre très respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. SEZARY

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Dont nous avons pu recueillir, au cours de notre stage, le précieux enseignement et qui a bien voulu nous inspirer cette thèse.

Témoignage d'admiration et de profonde gratitude.

A MONSIEUR MIGET

Interne des Hôpitaux de Paris.

Très vifs remerciements.

A MES MAITRES DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR C. CHAUVEAU

Sénateur.

Ancien Ministre.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Hommage respectueux de profonde
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. DHERS

*A qui nous exprimons notre vive grati-
tude pour la bienveillance qu'il nous a
toujours témoignée.*

INTRODUCTION

Dans ce court travail, qui nous a été suggéré par notre Maître, M. le Professeur Agrégé Sézary, nous nous sommes proposé d'apporter une contribution à l'étude d'une dermatose très rare, mais dont l'intérêt nous semble grand en raison de son polymorphisme et du problème nosographique qu'elle soulève.

Il s'agit d'une entité clinique connue depuis quelques années seulement.

Elle fut étudiée pour la première fois par le Professeur Gougerot au 1^{er} Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française en 1922, sous le nom de dermo-épidermite pustuleuse miliaire et érythémato-squammeuse, nummulaire et en placards à progression centrifuge (D. E. P. M. E. E.).

Cet auteur observa, depuis 1906, 12 cas de ce type et en donna une description d'ensemble dans les Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique de l'hôpital Saint-Louis, de décembre 1931 (p. 611).

Une partie de l'observation qui sert de base à ce travail a été publiée par MM. Sézary, Lenègre et Gallot dans le Bulletin de la Société française de dermatologie et syphiligraphie (janvier 1933, p. 92). Mais nous avons cru intéressant de suivre la maladie depuis cette époque. Cela nous a permis de compléter l'observation par quelques faits

nouveaux et surtout de préciser ses particularités cliniques.

En effet, entre le cas que nous rapportons ici et ceux observés par le Professeur Gougerot, il existe des caractères communs suffisants pour les rattacher au même type. Mais quelques modalités particulières, que nous soulignerons dans cette étude, semblent cependant l'en éloigner.

Après avoir rapporté l'observation initiale légèrement modifiée, nous analyserons successivement les données cliniques, histologiques et bactériologiques. Nous essayerons ensuite de discuter la pathogénie et nous mentionnerons les différents traitements qui ont été institués.

Voici l'observation.

D... Louise, 23 ans, couturière, est entrée salle Du Castel, le 28 septembre 1932 à l'occasion d'une poussée aiguë circonscrite d'une dermatose qui remonte à l'enfance.

Cette poussée était localisée aux membres inférieurs où il existe depuis 5 ans environ des lésions de dermo-épidermite. Ces lésions forment deux vastes placards érythémato-squameux, symétriques, occupant toute la circonférence de la jambe et nettement limités en haut au genou, en bas au cou-de-pied.

Journellement et presque à toute heure, de nombreuses pustulettes apparaissent sur les placards. De temps en temps, sans rythme spécial, la température, qui est habituellement normale, monte à 38°5 ou 39°, pendant que se produit une poussée intense de pustules qui sont alors presque juxtaposées.

La malade a eu depuis son hospitalisation plusieurs poussées circonscrites et deux poussées généralisées.

Il faut remarquer que dans la quinzaine qui précéda la deuxième poussée généralisée, les poussées locales fébriles se firent plus fréquentes et se produisirent tous les 3 ou 4 jours. Ces poussées locales ne durent en général pas plus de 24 à 48 heures.

La poussée généralisée débute par une élévation thermique à 39°. Sur les cuisses, l'abdomen, le thorax apparaissent alors de petites taches érythémateuses de 5 à 10 millimètres de diamètre, ayant une tendance remarquable à la symétrie. Ces taches se multiplient, s'agrandissent, deviennent squameuses et recouvrent en 48 heures tout le corps, formant alors de vastes placards séparés encore par des espaces de peau saine, mais qui peuvent aussi (2^e poussée généralisée) se réunir pour constituer une véritable érythrodermie.

L'état général est très altéré. La malade se plaint de dyspnée et de rachialgie, la température demeure élevée à 39°. Dans les urines, on ne trouve pas de sucre, mais il y a des traces d'albumine.

Au bout d'une douzaine de jours seulement apparaissent sur ces taches érythémateuses les pustulettes miliaires. Celles-ci sont d'emblée purulentes. Elles ne surviennent jamais en peau saine et procèdent par vagues successives, d'abord sur les membres inférieurs, puis sur le tronc, enfin sur les membres supérieurs et la tête. A chaque poussée de pustules correspondent des chlochers thermiques à 40°.

Ces pustules font place à des croûtes qui se détachent

en quelques jours. La desquamation devient abondante et se fait en larges squames. Un mois environ après le début de la poussée, la fièvre tombe en lysis et les téguments, à l'exception des jambes, redeviennent progressivement normaux.

L'interrogatoire révèle l'histoire suivante : La première poussée est apparue à l'âge de 3 ans. Les parents de la malade lui ont dit que l'éruption était alors localisée aux sillons rétro-auriculaires et au cuir chevelu. Elle dura plusieurs mois et guérit spontanément. Depuis lors, tous les ans, à une exception près, il s'est produit une ou deux poussées érythémato-pustuleuses plus ou moins généralisées, durant un mois environ et disparaissant sans traitement. Au cours d'une de ces poussées, tous les cheveux sont tombés. Dans l'intervalle, la peau était normale.

Après la puberté, survenue à 16 ans, l'éruption ne s'est pas reproduite pendant un an. Ultérieurement, elle a réapparu avec des modalités nouvelles. D'abord la fréquence des poussées généralisées était plus grande (3 à 4 par an). Ensuite, à l'exception des deux dernières poussées, observées à l'hôpital, elles ont été uniquement érythémato-squameuses. Depuis 5 ans, les lésions des jambes sont fixes et ne rétrocedent point; elles ont l'aspect de placards de dermo-épidermite banale sur lesquels des pustules se forment continuellement. Il faut ajouter à ces lésions deux placards semblables au-dessus des genoux, datant de quelques mois et intéressant tout le pourtour des cuisses sur leur moitié inférieure. De plus, depuis deux ans, il existe au pouce droit des lésions de périonyxis amorcées paraît-il par une piqûre que la malade s'était faite en

cousant. L'ongle qui fut atteint en même temps dut être extirpé par la suite, et on trouve actuellement à sa place un petit placard suintant et recouvert de lambeaux d'épiderme blanchâtre et macéré.

La durée de chaque poussée généralisée a toujours été d'environ un mois et celles qui ont été observées dans le service n'ont pas manqué à cette règle.

Dans les antécédents héréditaires et personnels de la malade, on ne trouve absolument rien à signaler, pas même une des maladies de l'enfance.

L'examen somatique révèle un rétrécissement mitral bien compensé. En outre, la malade n'est plus réglée depuis juillet. La disparition de ses règles a donc précédé de 2 mois la poussée pour laquelle elle est entrée à l'hôpital.

La numération globulaire du sang et l'équilibre leucocytaire sont normaux, les réactions de Hecht et de Meinicke négatives.

1° ETUDE CLINIQUE

Parmi les données cliniques, plusieurs points sont à considérer : l'aspect macroscopique des lésions et leur évolution; l'état général de la malade; l'évolution générale de la maladie.

L'aspect macroscopique des lésions. Leur évolution.

Lors des poussées généralisées, toute la surface du corps peut être atteinte, et les taches érythémateuses sur lesquelles se développent toujours les lésions, forment par leur confluence une véritable érythrodermie.

Ce qui domine, chez notre malade, c'est le polymorphisme apparent des lésions : on rencontre en même temps des pustules, des croûtes, des érosions, des squames.

Les pustules constituent l'élément le plus caractéristique. Elles sont superficielles, de 1 à 3 millimètres de diamètre, blanchâtres, plates, et se trouvent sur une base érythémateuse de plusieurs millimètres. Elles sont disséminées sur tout le corps avec un maximum aux jambes et un minimum très net sur le dos et le thorax. Elles ont une tendance à la symétrie. Il n'y a pas de prurit, mais une légère sensation de cuisson annonce l'apparition de ces pustules.

Les croûtes, résultat du dessèchement des pustules, sont blanc-grisâtres; elles s'observent surtout aux jambes, cuisses et à la face.

Les squames présentent différents aspects : elles sont tantôt très fines, furfuracées en certains points du thorax et du dos ; tantôt larges, blanchâtres, brillantes et épaisses, psoriasiformes sur les jambes ; forment de véritables lambeaux aux mains et surtout aux pieds.

Les érosions sont de dimension variable suivant qu'elles résultent d'une exulcération d'une petite agglomération de pustules ou de nappes purulentes plus étendues. Elles ont des bords arrondis ou polycycliques présentant une collerette d'épiderme décollé et plus ou moins flétri.

Ce polymorphisme apparent se retrouve dans tous les cas rapportés par le Pr. Gougerot et cet auteur a bien insisté là-dessus. Mais il est à noter également la possibilité d'une évolution sans pustules, ce qui s'est produit chez notre malade à plusieurs reprises avant son entrée à l'hôpital. Cette particularité a été également signalée par le Pr. Gougerot qui écrit néanmoins : « *la repullulation incessante des pustules entièrement plates, à toutes les périodes, dans toutes les formes, est un des caractères majeurs de cette dermatose* ».

Pour montrer l'analogie des lésions de notre malade avec celles observées par le Pr. Gougerot, nous ne pouvons mieux faire que citer la description à la fois claire et très précise donnée par cet auteur :

« Au début la lésion est un placard rosé puis rouge vif, nummulaire, assez délimité, de 1 à 3 cm., infiltré, légèrement papuleux, qui très rapidement en 2 à 3 jours, rarement plus lentement en 8 à 11 jours, se parsème de pustulettes spéciales : micro-abcès intramalpighiens de 0, 5 à 1 millimètre, plats, ne faisant aucune saillie au début, qui

peu à peu grossissent, atteignant 2 à 3 millimètres, restent plats, faisant rarement une légère saillie. Ouverts, ils laissent après avoir essuyé le pus visqueux de la pustulette, une cupule épidermique rosée ou rouge très petite.

« Parfois les micro-abcès s'étalent atteignant 8 à 12 millimètres; plus souvent les micro-abcès confluent en un placard de 5 à 20 millimètres, micropolycyclique, dont le centre s'exulcère laissant apercevoir un épiderme rouge que borde une collerette étroite d'épiderme blanchâtre décollé.

« Plus ou moins rapidement, le placard s'étale par marche excentrique centrifuge multipliant les pustulettes. Deux évolutions sont alors possibles qui souvent d'ailleurs s'intriquent en un même point successivement ou s'associent côte à côte.

« Tantôt c'est l'évolution pustuleuse : les pustulettes miliaires plates, de couleur jaune d'or, sans grossir davantage se multiplient, fusionnent donnant des érosions micropolycycliques de 10 à 70 millim. d'étendue avec des îlots en archipel ; des lambeaux épidermiques décollés forment à la périphérie de l'érosion une collerette d'épiderme flétrie, humide, blanchâtre, de 0.5 à 1 millim. de large. Dans l'intervalle des îlots érodés, l'épiderme est rouge sombre ou blanchâtre, macéré, desquamé. Suivant les soins pris par la malade la lésion reste dénudée, sécrétant soit du séro-pus, soit de la sérosité riche en polynucléaires, ou bien elle se couvre de croûtes ambrées et ponctuées ou confluentes, plus ou moins épaisses, sous lesquelles suinte du pus crémeux ou du séro-pus. De nou-

velles pustulettes se reforment dans les érosions et dans les lésions anciennes creusant de nouvelles cupules.

« Tantôt les placards deviennent squameux et suivant l'épaisseur des squames ils prennent l'aspect des eczémas, des parakératoses, du psoriasis, sans s'identifier à aucune de ces dermatoses. Les strates épidermiques, au grattage méthodique de Brocq, s'en vont en bloc ou en poussières ou en lamelles non caractéristiques; mais ce qui est spécial c'est l'épiderme sous-jacent, infiltré, rouge rosé ou rouge sombre avec ses micro-abcès intra-malpighiens et leurs cupules consécutives à leur ouverture ; car, même dans les placards érythémato-squameux psoriasiformes, les pustulettes repullulent. Les plis cutanés sont exagérés sans lichénification. Les placards squameux prennent souvent un aspect circiné, pauvrement érythémateux, la périphérie en activité formant un ruban psoriasiforme de 5 à 15 millimètres de large. »

Les muqueuses sont toujours respectées.

Il ne subsiste aucun vestige après la guérison des lésions.

L'état général.

L'état général de la malade varie suivant que celle-ci se trouve pendant ou en dehors des périodes de poussées.

Il est franchement atteint au cours des poussées généralisées. Il existe, alors, une fièvre élevée oscillant autour 39°. A chaque poussée de pustules la courbe thermique accuse des clochers à 40°. La dyspnée, la rachialgie, l'inappétence témoignent, avec la fièvre, d'un état infectieux très prononcé. La malade maigrit. Tous ces

phénomènes ne disparaissent qu'avec les lésions cutanées c'est-à-dire au bout d'un mois.

Au cours des petites poussées locales, d'ailleurs de courte durée, l'état général est moins atteint, la fièvre monte à 38°-38°5.

En dehors des poussées, l'état de la malade est satisfaisant et, sauf le rétrécissement mitral bien compensé, déjà signalé, et un certain degré d'hypotension artérielle (10-5 au Vaquez), l'examen ne révèle aucune manifestation pathologique.

Ainsi l'état général se modifie selon l'évolution de l'affection, évolution particulièrement curieuse.

L'évolution de la dermatosè.

En effet, l'histoire de notre malade permet de distinguer dans cette évolution deux phases. La première, depuis le début de l'affection à l'âge de 3 ans jusqu'aux environs de la puberté. La seconde, entre cette époque et l'heure actuelle.

Dans la première phase, les poussées étaient beaucoup plus espacées. Elles ne se produisaient qu'une fois par an et guérissaient complètement, la peau était donc normale dans l'intervalle, l'allure générale de la maladie était moins traînante, plus bénigne. Cette phase tranche quelque peu sur l'évolution ultérieure et semble, cliniquement, s'éloigner du type décrit par le Pr. Gougerot. Les entr'actes de guérison entre les poussées étaient beaucoup plus rares et moins complètes chez ses malades.

Si en l'absence des données actuelles nous devons faire un diagnostic rétrospectif, nous serions plutôt tenté de

penser à la dermatite douloureuse polymorphe de Duhring-Brocq. En effet, une forme pustuleuse miliaire de cette dermatose a été décrite par les auteurs anglais et américains et certains symptômes importants, tels le prurit ou la douleur peuvent manquer.

Mais la seconde phase, caractérisée surtout par la persistance des placards aux jambes, permet d'éliminer ce diagnostic et facilite le rapprochement avec la D. E. P. M. E. S.

Nous ferons seulement remarquer que les malades dont le Pr. Gougerot a rapporté l'observation n'ont pas présenté cette évolution en 2 phases distinctes, et, chez eux, les lésions ont évolué plus rapidement vers la chronicité.

En outre, ces malades ont vu apparaître leur affection à un âge avancé de la vie, par exemple la malade O. P. (présentée au Congrès), vers 60 ans; un autre, vers 50 ans.

Un caractère encore dans l'évolution des poussées a retenu notre attention. Il a apparu une seule fois, mais avec une netteté remarquable. Dans la quinzaine qui a précédé une des poussées généralisées, les poussées locales fébriles sont devenues plus fréquentes et se produisaient tous les 3 ou 4 jours. Cette production plus intense de pustules semble avoir abouti au déclenchement de la grande poussée par une sorte de sensibilisation de la peau. Nous n'avons pas observé un nombre suffisant de poussées pour savoir si ce phénomène se répète et s'il donne à l'évolution de la maladie un caractère nettement cyclique. Néanmoins, ce fait mérite d'être signalé.

La durée des poussées est soit d'un mois, comme chez

notre malade, soit plus longue, 2 à 3 mois, dans la règle extrêmement variable. Les poussées s'intriquent de telle sorte que les diverses régions présentent des lésions d'âge différent.

2° HISTOLOGIE

Une biopsie a été pratiquée sur un élément récent de la cuisse droite. L'examen histologique montre 2 ordres de lésions : lésions du type commun et lésions d'un caractère particulier.

Type commun.

L'épiderme est œdématié et infiltré par des polynucléaires. Les pustules qui se sont développées superficiellement au-dessous de la couche cornée, contiennent une grande majorité de polynucléaires pour la plupart pycnotiques. Il existe des foyers discrets de parakératose. Le derme est le siège d'un infiltrat constitué à parties égales par des polynucléaires et des mononucléaires. Il n'y a pas d'éosinophiles et l'on ne voit que de très rares plasmocytes.

Le Pr. Gougerot donne la description suivante d'un élément récent :

« La lésion prélevée à la cuisse, datant de cinq jours était à son maximum : pustule à sommet arrondi de 2 millimètres sur une base papuleuse infiltrée rouge de 4 millimètres de diamètre.

« L'épiderme est soulevé et dissocié par la pustule, le couvercle est formé par la couche cornée épaissie, lamelleuse, dissociée par de gros micro-abcès elliptiques bour-

rés de polynucléaires serrés polygonaux, la plupart en pycnose et sans parakératose.

« La base de la pustule est formée par le corps muqueux de Malpighi. A la jonction de la couche cornée et du corps muqueux c'est-à-dire au bord du clivage de la pustule, le corps de Malpighi est épaissi avec cellules très nombreuses, plus grosses, basophiles, sans stratum granulosum et parcouru de nombreux polynucléaires; en se rapprochant du centre de la pustule, le corps de Malpighi s'effrite, s'amincit et la basale se dissocie de plus en plus. Au centre, elle a disparu et l'épiderme est perforé, ulcéré, les polynucléaires envahissent la couche sous-papillaire.

« La cavité de la pustule est remplie de polynucléaires et de débris cellulaires. En dehors de la pustule, l'épiderme est épaissi dans toutes ses couches. Les papilles sont effacées, la couche sous-papillaire est œdématiée, congestionnée avec capillaires sanguins enflammés remplis de globules rouges et de polynucléaires. Le derme est infiltré de cellules lympho-conjonctives en réaction inflammatoire basophile et de polynucléaires neutrophiles de plus en plus nombreux à mesure qu'on se rapproche du centre et au centre même, l'épiderme perforé laisse envahir les couches superficielles par les polynucléaires.

« Le derme profond est œdématié, congestionné, infiltré de cellules lymphoconjonctives basophiles et de nombreux polynucléaires neutrophiles isolés ou formant des traînées périvasculaires. »

Caractères particuliers.

En somme, dans ces cas et dans le nôtre, le siège et le contenu de la pustule sont identiques. Mais il existe un caractère discordant assez important : c'est la *pyodermite végétante*. L'épiderme présente une acanthose très nette, le corps muqueux de Malpighi est hypertrophié, les espaces interpapillaires sont élargis et ramifiés.

Dans aucune des 12 observations sur lesquelles se fonde le nouveau type du Pr. Gougerot, il n'a été trouvé de pyodermite végétante. Ce caractère anatomo-pathologique propre à la maladie d'Hallopeau contribue à différencier cette dermatose de la dermo-épidermite que nous envisageons. Aussi est-il nécessaire de souligner l'intérêt tout spécial de cette particularité histologique.

Le Pr Gougerot y avait d'ailleurs insisté :

« Certains avaient soulevé le diagnostic de la pyodermite végétante, maladie d'Hallopeau. Il n'en est rien. En effet dans la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique décrite par Hallopeau en 1899, il y a « pyodermite végétante » (qui manque chez tous nos malades) et Hallopeau rapprochait son type clinique des pemphigus végétants et de la dermite herpétiforme, variété végétante de Brocq. »

Cette citation nous permet de préciser certains signes qui différencient l'affection qui nous occupe de la maladie d'Hallopeau.

Tout d'abord, le caractère végétant de cette dernière est apparent macroscopiquement; les placards sont mamelonnés et les pustules ne se voient qu'à leur périphérie. Ces pustules qui sont plutôt des vésico-pustules ont une

prédilection marquée pour les régions pileuses et sont centrées sur les poils, mais peuvent se localiser à la muqueuse buccale. Elles sont souvent très prurigineuses. Enfin, cette pyodermite est curable.

L'ensemble de ces caractères cliniques constitue, à notre sens, un faisceau de signes suffisants pour poser avec certitude le diagnostic de maladie d'Hallopeau.

3° ETIOLOGIE

Circonstances prédisposantes.

En présence de ces particularités histologiques, allons-nous trouver par les recherches bactériologiques un agent pathogène bien déterminé pour permettre d'établir une étiologie commune ?

Avant de rapporter le résultat des différents examens bactériologiques et biologiques nous rechercherons s'il existe des circonstances étiologiques prédisposantes.

Le sexe de notre malade ne peut pas être invoqué comme prédisposant à cette affection, car sur les 12 cas observés, il y a aussi des hommes.

L'âge n'est pas le même chez tous les malades. Chez la jeune femme dont nous rapportons l'observation, la dermatose a fait son apparition dès l'âge de 3 ans. Les autres malades ont été atteints à l'âge adulte, et certains après la cinquantaine.

On ne trouve rien dans les *antécédents* héréditaires chez notre malade ni dans ceux des 12 autres.

Aucun antécédent bacillaire ou syphilitique n'a été relevé.

La malade n'est pas diabétique.

Mais 2 faits importants sont à retenir : *l'endocardite chronique* se manifestant par un rétrécissement mitral et

les troubles menstruels. Ces derniers nous paraissent jouer un rôle dans la pathogénie de l'affection et nous les envisageons plus loin. Quant à l'endocardite, il nous semble difficile de lui attribuer une influence sur l'apparition de la dermatose. Serions-nous autorisé à parler de décharges microbiennes, parties de l'endocarde et déterminant de petites embolies dans certaines régions cutanées ?

Recherches bactériologiques.

L'existence des pustules, les lésions de l'ombilic et des sillons rétro-auriculaires, la périonyxis en imposant pour une origine microbienne, on a procédé à l'analyse bactériologique du *contenu des pustules*. A l'examen direct des éléments récents, on ne trouve aucun germe. Mais la culture en bouillon-pipette laisse pousser plusieurs microbes :

- 1) quelques courtes chaînettes de cocci gram-positifs,
- 2) de nombreux amas de cocci gram-positifs,
- 3) de rares diplocoques gram-positifs,
- 4) quelques cocco-bacilles gram-positifs.

La culture sur gélose simple donne du staphylocoque blanc.

Une hémoculture a été faite à l'acmé fébrile d'une poussée généralisée; elle est restée sans résultat.

Des intra-dermo-réactions à la staphylococcine, la strepto-coccine, la levurine furent faites à diverses reprises. Elles furent toujours négatives aussi bien pendant qu'entre les poussées.

La numération globulaire du sang et l'équilibre leu-

cocytaire sont normaux. Les réactions de *Hecht* et de *Meinicke* négatives.

Les nombreuses cultures faites chez les malades du Pr. Gougerot ont donné des résultats analogues : bactéries pyogènes banales et, trois fois, des champignons (*Pénicillium*, *Nocardia*, levures). « Ces champignons surinfectent de façon passagère, transitoirement et incidemment les lésions d'autre nature » (Gougerot).

Les inoculations aux animaux ont déterminé des lésions non-caractéristiques qui ont rapidement guéri.

4° PATHOGENIE

Si les données cliniques et bactériologiques permettent d'attribuer cette affection à des germes banaux, il convient de réserver au terrain la place la plus importante dans sa pathogénie. Notre cas en est une illustration particulièrement suggestive.

Notre malade était bien réglée pendant l'année qui a suivi sa puberté, et c'est uniquement à cette période que les poussées habituelles ont complètement disparu. Par contre, la disparition des règles a coïncidé avec l'aggravation très nette des lésions.

Ces troubles menstruels peuvent être considérés comme le témoin d'une perturbation de l'équilibre endocrinien liée à un dysfonctionnement de certaines glandes, de l'ovaire en particulier.

Existe-t-il en général des relations entre les troubles endocriniens et les manifestations pathologiques de la peau ? Certes, on connaît les modifications cutanées dans les syndromes d'insuffisance thyroïdienne : sécheresse, diminution de la sudation, aspect ridé et sénile, alors que les crises de sueurs s'observent chez les hyperthyroïdiens. Les altérations surrénales provoquent des troubles de la pigmentation cutanée. Le prurit, l'urticaire, les œdèmes circonscrits, certains eczémas, certaines sclérodermies peuvent être rattachés à un trouble endocrinien.

La disparition des règles qui a coïncidé ou plutôt précédé de 2 mois la recrudescence des manifestations cutanées chez notre malade, nous oriente vers l'hypothèse d'un trouble endocrinien qui n'est d'ailleurs pas limité à la seule glande ovarienne. Car incriminer exclusivement l'ovaire serait de notre part ignorer la synergie fonctionnelle qui existe entre les différentes glandes endocrines. L'aménorrhée précoce relève souvent d'une altération hypophysaire ou thyroïdienne, et l'interdépendance étroite entre l'hypophyse antérieure et l'ovaire est à l'heure actuelle certaine.

Il nous semble donc possible d'admettre l'existence d'une perturbation humorale générale qui créerait un terrain favorable à la production de la dermatose qui nous occupe. Cette hypothèse permet d'expliquer comment les microbes banaux trouvés dans les pustules de notre malade, ont produit des lésions si spéciales. En effet, l'aspect morphologique et l'allure clinique d'une dermatose sont souvent non pas l'expression de l'action de l'agent pathogène, mais la réaction spéciale de l'organisme; la cause déterminante ne fait que mettre en jeu l'aptitude morbide du sujet.

5° TRAITEMENT

Différents traitements ont été essayés. D'abord *localement*, on a appliqué tour à tour l'ichtyol, le nitrate d'argent, l'alcool iodé, l'oxyde jaune, la crème d'Alibour, la pommade à l'acide salicylique, à l'acide lactique.

Les traitements internes ne furent pas plus efficaces.

Le *novarsénobenzol* provoqua au lendemain de la 1^{re} injection de 0 gr. 15, une éruption à type de rougeole (mais pas de larmolement, ni enanthème buccal). 6 jours plus tard, le 14 décembre, 0 gr. 30 de novar fut administré. La même dose fut répétée les 20 et 24 décembre. Ce médicament fut abandonné ensuite, la malade se montrant intolérante.

Quelques injections de gonacrine furent également pratiquées.

L'auto-sérothérapie intra-dermique resta sans succès.

Les considérations pathogéniques sur l'influence des troubles endocriniens autorisèrent un *essai opothérapique*. L'extrait ovarien fut administré à la dose de 0 gr. 10, 6 fois en 15 jours. Puis il fut remplacé par l'opothérapie mixte ovo-thyro-hypophysaire, pendant 6 semaines. Les règles réapparurent, mais peu abondantes.

Tout dernièrement, *l'auto-vaccination* a été instituée. A la suite d'une injection intradermique d'une goutte d'auto-vaccin préparé la veille à partir du pus d'une pus-

tule, la malade a présenté une réaction cutanée érythémato-squameuse. Cette réaction prédominait à la région dorsale; quelques éléments se trouvaient sur les bras, les avant-bras, le visage, le creux poplité. Au point d'inoculation, il s'est produit une légère réaction érythémateuse.

Deux jours après, ces éléments ont disparu progressivement, d'abord sur la face, puis sur les bras et enfin dans la région dorsale où ils ont laissé place à une desquamation fine. Les poussées pustuleuses n'étaient pas plus accentuées qu'ordinairement.

Une nouvelle injection est faite dans les mêmes conditions quatre jours après la première. Le lendemain, on constate une poussée prurigineuse aux deux jambes et de petites taches érythémateuses au creux poplité.

Au bout de 2 jours, nouvelle injection qui ne détermine qu'une très légère poussée prurigineuse aux jambes.

Il semble donc, jusqu'ici, que la maladie soit incurable. Les placards aux membres inférieurs persistent toujours et l'évolution continue par poussées qui réactivent les lésions.

L'échec des divers traitements ajoute un caractère commun de plus à ceux qui existent entre cette affection et la dermo-épidermite pustuleuse miliaire décrite par le Pr. Gougerot.

CONCLUSIONS

1° La maladie que nous avons observée est une forme clinique de la dermo-épidermite pustuleuse miliaire et érythémato-squameuse, nummulaire et en placards à progression centrifuge du Professeur Gougerot, car elle réunit ses caractères principaux qui sont :

a) Lésion élémentaire et initiale, la pustulette miliaire, qui se multiplie, s'accroît, conflue en placards petits, nummulaires, puis en larges nappes de plusieurs centimètres.

b) Placards arrondis ou irréguliers, à bords nets et papuleux ou diffus, criblés de pustulettes de 1 à 3 millimètres, recouvertes de croûtes et de squames, évoluant tantôt vers la multiplication des pustulettes qui peuvent confluer, ulcérer l'épiderme et le derme superficiel, tantôt vers la formation de squames épaisses psoriasiformes parfois qui cachent souvent de fines pustulettes plates intramalpighiennes.

c) Un grand polymorphisme clinique.

d) Une évolution chronique, irrégulière, entrecoupée de poussées aiguës fébriles et même d'érythrodermie généralisée.

e) L'inefficacité des traitements actuels.

2° Elle se distingue du type initial par des lésions histologiques de pyodermite végétante et par quelques modalités cliniques secondaires (évolution en 2 phases).

Vu, le doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président de Thèse,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

